

# Самостоятельные и симптоматические заболевания губ (хейлиты)

И.К. Луцкая

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (БелМАПО), Минск, Республика Беларусь  
lutskaja@mail.ru

## Аннотация

В статье приводятся клинические проявления заболеваний губ, сопровождающие патологические процессы в организме. Локализация элементов поражения на красной кайме позволяет визуально определить участки измененных тканей медику любой специальности. Полученные сведения лежат в основе выбора пути оптимального диагностического поиска и назначения комплексной терапии совместно со стоматологом.

**Ключевые слова:** хейлит, заболевания губ.

**Для цитирования:** Луцкая И.К. Самостоятельные и симптоматические заболевания губ (хейлиты). Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 48–53. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00152

## Spontaneous and symptomatic lip conditions (cheilitis)

Irina K. Lutskaya

Belarusian medical academy of postgraduate education, Minsk, The Republic of Belarus  
lutskaja@mail.ru

## Abstract

The paper reports clinical manifestations of the lip conditions associated with the general pathogenic processes. Localization of lesions on the vermilion border allows healthcare professionals of any specialty to define visually the altered tissue areas. The information received provides the basis for choosing the way of optimal diagnostic search and prescribing comprehensive therapy in collaboration with the dentist.

**Key words:** cheilitis; lip conditions.

**For citation:** Lutskaya I.K. Spontaneous and symptomatic lip conditions (cheilitis). Clinical review for general practice. 2022; 4: 48–53. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00152

Особенности строения слизистой оболочки полости рта (СОПР) и красной каймы губ способствуют развитию в данной области патологических изменений, являющихся симптомами общих заболеваний. Если локализация элементов поражения на СОПР затрудняет осмотр и диагностику, то расположение на красной кайме является манифестным, а значит доступным для обследования без специальных инструментов или приборов. Такие клинические примеры объединяются в группу заболевания губ, или хейлиты [1]. Они связаны с состоянием органов и систем, однако могут проявляться локализовано. Диагностика их бывает затруднена и требует дополнительных клинических и лабораторных исследований [2, 3]. Местное лечение назначает стоматолог, общую терапию рекомендует врач соответствующего профиля по основному заболеванию.

Хейлиты представляют интерес для специалистов различных областей медицины, поскольку могут способствовать раннему выявлению симптомов общего заболевания, в частности эндокринных расстройств, иммунных нарушений, а также проблем, связанных с профпатологией.

**Экسفоллиативный хейлит** считается самостоятельным заболеванием губ, однако наиболее часто встречается у лиц с функциональными расстройствами нервной

системы (вегетативный невроз, истерия, тревожно-депрессивный синдром), гиперфункцией щитовидной железы, нарушениями половых гормонов. Важную роль могут играть иммунологические и генетические факторы.

*Сухая форма* экسفоллиативного хейлита характеризуется хроническим течением. Пациентов беспокоит чувство стянутости, шелушения, жжения губ. Болеют преимущественно лица молодого возраста. Провоцирующими моментами являются высыпания простого герпеса, очаги хронической инфекции в полости рта, что удается выяснить при опросе.

При осмотре губы несколько отечны, красная кайма гиперемирована, покрыта чешуйками в виде тонких «слодяных» пластинок, центр которых спаян с тканью губы, а края приподняты (рис. 1). Больные скусывают чешуйки, которые упорно появляются вновь.

Характерными признаками экسفоллиативного хейлита является отсутствие эрозий после снятия чешуйки (обнажается ярко гиперемированная поверхность), локализация элементов поражения – на красной кайме, без распространения на кожу и слизистую оболочку губы. Периферические отделы красной каймы и зона Клейна не вовлекаются в процесс. Это отличает экسفоллиативный хейлит от экземы, красной волчанки, плоского лишая, метеорологического хейлита.

Рис. 1. Эксфолиативный хейлит. Сухая форма.  
Fig. 1. Exfoliative cheilitis. Dry form.



Экссудативная форма эксфолиативного хейлита чаще обнаруживается у лиц среднего и пожилого возраста. Она может развиваться из сухой формы или начинается сразу с картины острого воспаления. Жалобы заключаются в жжении, болезненности губ, особенно при смыкании. На фоне отека и гиперемии красной каймы появляются массивные чешуйко-корки различного цвета (белые, серые, желтоватые) в зависимости от состава микрофлоры. Они покрывают губу сплошными напластованиями, не переходя на кожу или слизистую оболочку. После их отторжения остается гиперемированный участок. Возможно спонтанное улучшение и рецидивирование в течение нескольких лет.

Гистологическая картина характеризуется акантозом, наличием «пустых» клеток, паракератозом, уменьшением содержания гликогена. Гистохимические исследования обнаруживают увеличение РНК в базальном слое эпителия.

Эксфолиативный хейлит требует обследования пациента у невропатолога, акушера-гинеколога, эндокринолога с проведением биохимических анализов крови для оценки функции щитовидной железы и уровня половых гормонов. Изучается также состояние иммунной системы и неспецифической резистентности организма.

Лечение эксфолиативного хейлита предусматривает общие и местные воздействия. Внутри назначаются нейролептики и транквилизаторы (элениум, седуксен), проводится лечение общего заболевания, возможна рефлексотерапия, а также повышение резистентности организма (например, экстракт элеутерококка). При сухой форме рекомендуется смазывать красную кайму индифферентными кремами, гигиенической губной помадой, масляными растворами витаминов А, Е. При экссудативной форме применяют пограничные лучи Букки (200 R 2 раза в неделю), 8–10 сеансов с проведением 3–4 курсов воздействия.

**Клинический пример 1.** В период профилактического осмотра школьников у восьмиклассницы (15 лет) выявлено изменение красной каймы нижней

Рис. 2. Трещина губы на фоне метеорологического хейлита.  
Fig. 2. Split lip associated with meteorological cheilitis.



губы. Жалобы на сухость, ощущение стянутости и появление мелких чешуек, которые девушка периодически скусывает. При осмотре выявляется гиперемия нижней губы, множественные чешуйки, покрывающие красную кайму без перехода на кожу или слизистую оболочку. Чешуйки напоминают пластинки слюды с приподнятыми краями, отделяются, не вызывая кровоточивости. Поставлен диагноз «Эксфолиативный хейлит (сухая форма)». Пациентка направлена на обследование к гинекологу и эндокринологу для исключения (или выявления) общих нарушений в организме и последующего лечения.

**Метеорологический хейлит** характеризуется воспалительным заболеванием губ. Основной причиной являются метеорологические воздействия (окружающая температура, влажность, запыленность воздуха, ветер, холод). Хейлит нередко сопровождает заболевания кожи (себорея, себорейная экзема, диффузный нейродермит). При отсутствии сенсibilизации к солнечному свету инсоляция может вызывать метеорологический хейлит, который чаще встречается у мужчин. Больных беспокоит сухость, ощущение стянутости губы, шелушения (рис. 2). При осмотре отмечается поражение красной каймы нижней губы, на всем ее протяжении она несколько гиперемирована, отечна, покрывается мелкими чешуйками. Кожа и слизистая оболочка губы не изменены. При длительном течении метеорологического хейлита на этом фоне могут развиваться гиперпластические и гиперкератотические очаги, а затем предраковые заболевания. Поэтому значительные изменения требуют гистологических и цитологических исследований.

Лечение метеорологического хейлита предусматривает исключение или ослабление этиологического фактора. Назначается витаминотерапия (в первую очередь, витамины группы В) – парентерально. Красная кайма обрабатывается фотозащитными кремами, мазями с витамином А, Е. Выраженный воспалительный процесс предполагает смазывание красной каймы гормональными мазями.

**Клинический пример 2.** Пациент обратился с жалобами на чувство дискомфорта и шелушения обеих губ. Из анамнеза следует, что мужчина работает на стройке и данные ощущения связаны с холодными воздействиями (ветер, низкая температура воздуха). Осмотр выявляет гиперемию губ, особенно нижней. Красная кайма покрыта мелкими, легко отшелушивающимися чешуйками.

В соответствии с диагнозом – метеорологический хейлит – назначена витаминотерапия (полivitаминны внутрь). Местно: обработка защитным кремом перед выходом на улицу. Обработка 2–3 раза в день масляными растворами витаминов А, Е (АЕвит). Рекомендовано – наблюдение и профилактические воздействия, в том числе качественная индивидуальная гигиена полости рта.

**Актинический хейлит** является результатом развития аллергической реакции под влиянием солнечных лучей. Чаще поражается нижняя губа. Характерна сезонность заболевания. Обострения или рецидивы тесно связаны с инсоляцией. Может относиться к профессиональной патологии.

*Сухая форма* характеризуется хроническим течением и напоминает сухую форму эксфолиативного хейлита. Вся поверхность красной каймы нижней губы гиперемирована, покрыта мелкими серебристыми чешуйками. Возможно появление участков ороговения, веррукозных разрастаний. Верхняя губа и кожа поражаются редко (рис. 3). Клиническая картина экссудативной формы напоминает экзематозный или контактный хейлит. Больных беспокоит жжение, зуд. На фоне эритемы развиваются пузырьки, эрозии, корки. Длительное течение имеет неблагоприятный прогноз, в таких случаях назначаются цитологические или гистологические исследования, которые выявляют гиперплазию эпителия, незначительный паракератоз, отек соединительной ткани, периваскулярную инфильтрацию.

Лечение актинического хейлита требует обязательного исключения контакта с солнечными лучами, вплоть до изменения условий работы или профессии. Общее лечение включает назначение витаминов В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>. Эффективно применение противомаларийных препаратов (делагил), кортикостероидов, гипоаллергенных схем воздействия. Местно назначаются кортикостероидные мази (0,5% преднизолоновая).

**Экзематозный хейлит** (экзема губ) сопровождается общей экземой, возникающую в результате действия внешних и внутренних факторов. Характеризуется воспалением поверхностных слоев кожи нервно-аллергической природы. Клинически проявляется эритемой и пузырьками, сопровождающимися зудом. Аллергенами могут быть самые различные факторы, например очаг одонтогенной инфекции, микробы, пищевые вещества, медикаменты, металлы типа никеля и хрома, амальгама, зубная паста.

Чаще экзема развивается на неизмененных губах, реже возникновению экзематозного процесса предше-

Рис. 3. Изменения губ при актиническом хейлите.  
Fig. 3. Lip lesion in actinic cheilitis.



ствуют заеда или трещины губ. В этих случаях экзему рассматривают как микробную, развивающуюся в результате сенсибилизации организма бактериальными токсинами. При этом красная кайма и окружающая кожа отекают, краснеют, образуются чешуйки, и начинается шелушение. Возможно развитие мелких узелков. Затем образуются мелкие везикулезные элементы, появляется мокнутие, быстро подсыхающее в желтоватые или желтовато-серые корочки. Экзематозная реакция особенно сильно выражена вблизи микробного очага. Высыпания везикулезных элементов довольно быстро прекращаются, и возникает шелушение.

Экзема протекает остро, подостро или хронически. Поражение красной каймы может сочетаться с проявлениями на коже лица или быть изолированным, однако процесс всегда захватывает прилежащую к красной кайме кожу. Больных беспокоят зуд, жжение; трудно открывать рот, разговаривать. Характерен значительный отек губ. Клиническая картина отличается полиморфизмом, который имеет эволюционный характер: первичные высыпания предшествуют вторичным.

При отсутствии лечения возникают рецидивы, и процесс приобретает хроническое течение.

Красная кайма губ и участки пораженной кожи вокруг рта уплотняются за счет образования воспалительного инфильтрата, становится четко выраженным кожный рисунок. Местами появляются группы мелких узелков, везикул, корочек, чешуек, при обострении возникает мокнутие. Состояние может осложниться образованием болезненных, иногда кровоточащих трещин.

Пациентов с экземой губ необходимо консультировать у аллерголога с исследованием аллергологического статуса – тестирование с набором стандартных аллергенов. Микробиологический анализ соскоба со дна трещин дополняется специфическими тестами (на стрептококковый аллерген).

Лечение экземы заключается в гипосенсибилизации организма, назначении седативных средств. Местное воздействие требует применения кортикостероидных препаратов (лоринден, оксикорт).

**Атопический хейлит** может протекать самостоятельно либо сопровождать общую картину **атопического дерматита** – хронического лихенифицирующего воспаления кожи, возникающего в результате аллергической реакции, которая запускается как атопическими, так и неатопическими механизмами. Заболевание начинается остро, вызывая зуд и четко отграниченную розовую эритему, иногда отмечается отечность красной каймы губ. На месте расчесов появляются корочки. Острые явления стихают, развивается лихенизация: красная кайма инфильтрована, покрыта мелкими чешуйками, тонкими бороздками. В углах рта образуются мелкие трещины. Процесс не переходит на слизистую оболочку и зону Клейна, однако захватывает кожу вокруг губ.

Атопический хейлит протекает длительно, обострения возникают преимущественно в осенне-зимний период, летом наступает ремиссия.

Атопический хейлит у детей проявляется достаточно ярко: отечность кожи в околоротовой области, инфильтрация и шелушение красной каймы губ, радиальная исчерченность. Характерны папулезные высыпания в углах рта. Проявления атопического хейлита и его рецидивы имеют косметические последствия (изменение цвета, архитектоники губ), нарушают питание ребенка, препятствуют санации полости рта. В ряде случаев могут возникать психосоматические нарушения.

К окончанию периода полового созревания у большинства лиц наблюдается самоизлечение, однако могут сохраняться незначительные высыпания, преимущественно в углах рта.

Диагностические критерии включают обязательное наличие зуда кожи (красной каймы губ) и трех или более из следующих признаков: наличие дерматита в области сгибаемых поверхностей конечностей; бронхиальная астма или поллиноз у ближайших родственников; распространенная сухость кожи; первые проявления дерматита до 2-летнего возраста.

Для уточнения диагноза требуется консультация иммунолога, аллерголога, дерматолога. Специальные аллергологические тесты основаны на генетической предрасположенности к атопии, которую определяет значительное число факторов: интерлейкины (ИЛ), в особенности ИЛ-4 и ИЛ-13, другие цитокины, дендритные клетки, клетки Лангерганса. В связи с этим в анализе крови при атопических реакциях отмечается увеличение числа активированных Т-лимфоцитов и клеток Лангерганса, повышенная продукция IgE В-клетками.

Кожные тесты можно проводить практически со всеми аллергенами. Для исключения возможных анафилактических реакций не следует использовать тестирование с аллергенами, гиперчувствительность к которым очевидна.

Для оценки аллергической реакции *in vivo* на интактном участке слизистой оболочки верхней губы или твердого неба осуществляют мукозную пробу. Изготавливают съемные протезы из пластмассы, на внутренней поверхности которых имеются 2 углубления. Одно за-

полняется водным раствором предполагаемого аллергена, второе – физиологическим раствором, протез укрепляют на зубах для создания контакта между слизистой оболочкой и исследуемым веществом. Спустя 15–25 мин протез осторожно снимают и через 1, 24 и 48 ч определяют интенсивность реакции.

Общее лечение атопического хейлита требует назначения гипосенсибилизирующей терапии, в том числе применяются антигистаминные средства (супрастин 0,025 – 2–3 раза в день; фенкарол 0,025–0,05 – 3–4 раза в день; тавегил 0,001 – 2 раза в день; Лоратадин (klaritin) 0,01, Зиртек (цетрин) 0,01, Задитен 0,01 – 1 раз в день). У ряда больных хорошее терапевтическое воздействие оказывает гистаглобулин, который назначают курсами по 6–8 инъекций внутрикожно 2 раза в неделю в возрастающих дозах, начиная с 0,2 мл до 1 мл, тиосульфат натрия внутрь или внутривенно, седативные препараты (триоксазин, седуксен, меллерил и др.). При упорном течении атопического хейлита на 2–3 нед можно назначить внутрь кортикостероиды: преднизолон (детям 8–14 лет по 10–15 мг/сут, взрослым по 15–20 мг/сут) или дексаметазон, который более эффективен. Местно назначаются кортикостероидные мази (1% крем гидрокортизона ацетат – Гидрокортизон), 0,1% мазь и крем гидрокортизона бутират (Латикорт), 0,1% мазь и крем мометазона (Элоком), 0,5% мазь преднизолон, 0,1% мазь триамцинолона ацетонида (Фторокорт), 0,025% мазь и гель фторцинолона ацетонида (Флуцинар). Положительный эффект оказывают лучи Букки.

Из пищевого рациона следует исключить острую, соленую, пряную пищу, алкоголь, резко ограничить количество углеводов.

**Клинический пример 3.** Во время консультации пациент жалуется на зуд в околоротовой области, отечность и появление элементов сыпания на красной кайме губ и коже лица. Подобные изменения не связаны с сезонностью, однако появляются или усиливаются после приема цитрусовых. Отмечает в анамнезе детский диатез и наличие аллергии у близких родственников. В анализе крови обнаружен специфический сывороточный IgE. После консультации с аллергологом и диетологом выставлен диагноз «Атопический дерматит (хейлит)». Назначено комплексное лечение, включающее гипосенсибилизирующую терапию и местное воздействие (увлажняющие, противовоспалительные кремы).

**Синдром Мелькерсона–Розенталя** отличается сочетанным вовлечением в патологический процесс губ, языка и лицевого нерва. В качестве этиологического фактора рассматривают наследственность, особенности конституции, нейроциркуляторную дистонию либо инфекционно-аллергическую природу.

Синдром встречается в любом возрасте, чаще у женщин. Заболевание начинается остро с отека слизистой оболочки и отдельных участков лица. Наиболее часто

Рис. 4. Макрохейлит при синдроме Мелькерсона–Розенталя.  
Fig. 4. Macrocheilitis associated with Melkersson-Rosenthal syndrome.



отеки локализируются на нижней губе, затем – верхней. Могут вовлекаться в процесс обе губы (рис. 4). Характерно значительное увеличение их в объеме (в 2–3 раза), причем несимметричное, неравномерное. При сильном отеке нарушается речь, мимика, больной жалуется на выраженное напряжение мягких тканей. Цвет кожи и красной каймы губ – бледный или застойно-цианотичный.

При пальпации определяется эластичная консистенция тканей, может быть слегка уплотненной. Деформации или склерозирования тканей не наблюдается. Если причина не устраняется, отеки рецидивируют с различной частотой и периодичностью. Процесс может распространяться только на губу или переходить на слизистую оболочку десны, небо, язык. В ряде случаев отекает одна щека.

Непостоянным или проходящим симптомом **триады Мелькерсона–Розенталя** является паралич лицевого нерва, который может выявляться из анамнеза, либо сопровождается макрохейлитом. Параличу предшествует продромальный период с головной болью, явлениями невралгии. Снижение тонуса мышц приводит к опущению угла рта, расширению глазной щели со сле-

зотечением. При неполном параличе частично сохраняется вегетативная чувствительность и двигательная функция. В большинстве случаев паралич проходит, однако имеет склонность к рецидивам.

Еще одним симптомом является складчатый язык (макроглоссит). Вследствие повторяющегося отека мягких тканей язык существенно увеличивается в размерах, появляются множественные углубления в виде бороздок, складок. Самая глубокая бывает срединная борозда. Цвет вначале обычный либо розоватый, а затем переходит в сероватый. Слизистая оболочка мутнеет, напоминая очаги лейкоплакии. Поверхность языка становится бугристой («бульжная мостовая»).

Хроническое течение синдрома Мелькерсона–Розенталя сопровождается рецидивами отеков и ремиссиями. При длительном периоде заболевания макрохейлит, глоссит и паралич лицевого нерва могут приобрести стойкий характер, что вызывает у больного депрессию, неадекватное поведение, психастению. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с отеком Квинке, который проходит после приема антигистаминных препаратов, элифантиазом, имеющим острое начало с общими проявлениями, а также с воспалением при хронической трещине губы (антибактериальная терапия дает положительный эффект).

Лечение синдрома Мелькерсона–Розенталя осуществляется консервативным и хирургическим путем. Важную роль играет терапия общего заболевания, а также ликвидация очагов фокальной инфекции в области головы-шеи. С косметической целью производят иссечение и пластику губы. Однако после хирургического лечения возможны рецидивы заболевания.

**Клинический пример 4.** Жалобы пациента сводятся к ощущению увеличения в размерах языка и нижней губы. Отмечается депрессивное состояние. Из анамнеза выясняется: отек может увеличиваться настолько, что затрудняет прием пищи, затем уменьшается, однако полностью не исчезает. Несколько лет назад пациент лечился в неврологическом стационаре по поводу неврита лицевого нерва (без остаточных явлений).

Поставлен диагноз – синдром Мелькерсона–Розенталя. Назначено обследование у невролога, аллерголога, консультация психотерапевта. Наблюдение – у стоматолога с выполнением санации полости рта, выбора индивидуальных средств гигиены. Отвлекающая терапия: массаж языка растительным маслом, полоскание цитралем.

Диспансеризация предусматривает осмотр (2–3 раза в год) и возможное хирургическое лечение.

**Макрохейлит**, развивающийся вследствие нарушения лимфооттока (элифантиаз), характеризуется безболезненным увеличением губы плотной консистенции. Отек уменьшается, однако не исчезает полностью. Повторные отеки приводят к фиброзу соединительной ткани и постепенной деформации губы – значитель-

ному увеличению в объеме. Гистологически определяется кистозное расширение лимфатических сосудов, лимфэктазии, дистрофия тканей губы.

**Трофедема Мейжа** проявляется в виде ограниченного отека, склонного к рецидивам. В области отека кожа может быть бледная, розовая, цианотичная, при пальпации определяется уплотнение. Отек начинается на губах, постепенно уменьшается, не исчезая полностью. Процесс рецидивирует на тех же участках, приводит к уплотнению мягких тканей.

Рецидивирующий гранулематозный **хейлит Мишера** характеризуется отеком губы. В процесс могут вовлекаться другие отделы лица – щеки, веки. Повторяющиеся отеки приводят к стойкому увеличению губ или других участков челюстно-лицевой области.

### Заключение

Заболевания губ могут развиваться самостоятельно, и тогда пациент обращается на прием к стоматологу. Однако чаще патологические процессы красной каймы губ сопровождаются общими заболеваниями, от врача общей практики может зависеть своевременное обнаружение элементов поражения и выбор правильной тактики лечения. Большое значение имеет проведение общей терапии. Клинический разбор конкретных случаев проявления хейлитов способствует повышению эффективности диагностики и комплексного лечения пациента.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares that there is not conflict of interests.

### Литература / References

1. Коваль Н.И., Несин А.Ф., Коваль Е.А. Заболевания губ. Киев: Медицина, 2013.  
[Koval N.I., Nesin A.F., Koval E.A. Zabolevaniia gub. Kyiv: Meditsina, 2013 (in Russian).]
2. Данилевский Н.Ф., Несин А.Ф., Коваль Н.И. Патогенетические подходы к лечению хронической лимфедемы губ. Стоматология Азербайджана. 2006; 3: 33–8.  
[Danilevskii N.F., Nesin A.F., Koval' N.I. Patogeneticheskie podkhody k lecheniiu khronicheskoi limfedemy gub. Stomatologiya Azerbaidzhana. 2006; 3: 33–8 (in Russian).]
3. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М.: Медицинская литература, 2014.  
[Lutskaya I.K. Zabolevaniia slizistoi obolochki polosti rta. Moscow: Meditsinskaia literatura, 2014 (in Russian).]

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

**Луцкая Ирина Константиновна** – проф., д-р мед. наук, проф. каф. терапевтической стоматологии, ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (БелМАПО). E-mail: lutskaja@mail.ru

**Irina K. Lutskaya** – Full Prof., D. Sci. (Med.), Belarusian medical academy of postgraduate education. E-mail: lutskaja@mail.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 26.05.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 23.06.2022